

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME
HOSPITALIERE

INSPECTION GENERALE

FASCICULE D'INSPECTION DES
CLINIQUES ET CENTRES
D'HÉMODIALYSE PRIVÉS

2010

Fascicule d'inspection des cliniques d'hémodialyse et centres d'hémodialyse privés

Date d'inspection :...../...../2010.

Praticiens Inspecteurs :

- :
- :

Clinique ou Centre d'hémodialyse

Téléphone :

Fax :

Email :

Wilaya :

Daïra :

Commune :

Dénomination :

Adresse exacte :

Date d'ouverture :

Gérant :

Directeur Médical :

Volet Administratif

I -Au niveau de l'Unité :

- | | | | | | | |
|--|-----------------------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|
| ✓ Gérant : | Dossier : | Oui - Non | | | | |
| ✓ Directeur Médical : | Dossier : | Oui - Non | | | | |
| ✓ Agrément : | Dossier : | Oui - Non | | | | |
| ✓ Autorisation d'Ouverture : | Dossier : | Oui - Non | | | | |
| ✓ Contrat de Location ou
Acte de propriété en
cours de validité : | Dossier : | Oui - Non | | | | |
| ✓ Convention CNAS | | Oui - Non | | | | |
| ✓ Conventions réglementaires :Laboratoire
En cours de validité | avec qui | Oui - Non | | | | |
| | Ambulance : | Oui - Non | | | | |
| | avec qui | | | | | |
| | Incinération : | Oui - Non | | | | |
| | avec qui | | | | | |
| ✓ Type Assurances : | Dossier : | Oui - Non | | | | |
| | avec qui | | | | | |
| ✓ Tenue des dossiers administratifs : | Bonne | <input type="checkbox"/> | Moyenne | <input type="checkbox"/> | Mauvaise | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Contrat de maintenance : | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | | |

Citer les registres retrouvés en notant : conforme ou non conforme.

Résumé des manquements dans le volet administratif :

II - Au niveau de la DSP :

- ✓ Pièces présentes au dossier :
- ✓ Enumérer et commenter en cas de remarque :
- ✓ Inspections de la DSP, recommandations et mesures prises :
- ✓ Requêtes des associations de malades, patients ou autres :
- ✓ Mise à jour du dossier Oui - Non.
- ✓ Eventuelles sanctions :

Résume des remarques sur le dossier au niveau de la DSP :

Structure :

I- Cadre d'implantation :

- ✓ Cité Urbaine - Rurale
- ✓ Villa, appartement (aménagement, ou construction)
- ✓ Zone industrielle - Commerciale - Administrative
- ✓ Autre

Cadre : Bon Moyen Mauvais

II - Retentissement sur l'environnement : Hygiène - Accès - stationnement :

- ✓ Hygiène : Bonne Moyenne Mauvaise
- ✓ Accès : Aisé Ardu
- ✓ Stationnement : Gênant Bon

III- Façade :

- ✓ Aspect Extérieur : Bon Moyen Mauvais
- ✓ Identification (Plaque) : Oui Non Taille

Inscription (Noter ce qui est écrit sur la plaque) :

- ✓ Plaques directionnelles Oui Non

IV- Etat de la Structure :

- ✓ Extérieur : Bon Moyen Mauvais
- ✓ Intérieur : Bon Moyen Mauvais

V- Conformité des Locaux :

Construction en : RDC R+1 R+2

Y a-t-il un ascenseur : Oui Non

✓ Salle des générateurs : distribution des espaces, respect surfacique : (6M2/poste)

Bonne <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Mauvaise <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

<u>Conforme</u> : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------

✓ Salle de Repos et des Urgences : Oui Non

<u>Conforme</u> : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------

<u>Source d'Oxygène</u> : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------

Murale <input type="checkbox"/>	Obus <input type="checkbox"/>
---------------------------------	-------------------------------

<u>Aspiration</u> : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------

Murale <input type="checkbox"/>	Mobile <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------

✓ Salle d'isolement pour affections virales : Oui Non

<u>Conforme</u> : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------

✓ Salle de stérilisation : Oui Non

<u>Local conforme</u> : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------

✓ Salle de stockage des médicaments,

<u>filtres liquide de dialyse</u> : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------

<u>Entreposage conforme</u> : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------

✓ Climatisation : Oui Non

Type : Split Système <input type="checkbox"/>	Centrale <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------

Nombre de climatiseurs : <input type="checkbox"/>

✓ Implantation des climatiseurs :

.....

✓ Salle pour les examens biologiques : Oui Non

Résumé des défaillances dans la structure :

Equipements

I- Station d'épuration : Marque :
Capacité :

Date de mise en service :

Etat : Bon Moyen Mauvais

Local : Conforme Non conforme

Analyses : les analyses physicochimiques de l'eau sont-elles faites :

Oui Non Périodicité

II- Bâche à Eau : Oui Non Capacité

Traitemet : Oui Non Produit utilisé :

Etat : Bon Mauvais

III- Générateurs : Nombre autorisé : Nombre en Service
Nombre en Panne

Générateur dédié aux affections virales : Oui Non Nombre

Marque :

Année de mise en service :

Etat : Bon Moyen Mauvais

Sale Propre

Branchements : Approvisionnement en Eau et évacuation

Conforme Non Conforme

Les générateurs sont ils Numérotés : Oui Non

IV- Stérilisation : Oui Non

Type d'appareil :

Nombre d'appareils :

Stérilisation : conforme Non conforme

V- Equipements pour les urgences :

Défibrillateur : Oui Non

Cardioscope : Oui Non

Matériel d'intubation : Oui Non

VI- Balance : Oui Non

Etat : Bon Moyen Mauvais

VII- Matériels de laboratoire en cas de réalisation d'examens intra muros :

-
-
-
VIII - Groupe électrogène : Oui Non Marque :

IX - Chaine de froid :

Réfrigérateur : Oui Non Nombre

Etat : Bon Moyen Mauvais

X- Autres équipements :(lits,etc)

Enumérer : Oui Non Nombre

État : Bon Moyen Mauvais

PERSONNEL

Vaccination : le personnel est-il vacciné Oui Non

Type de vaccin :

A jour : Oui Non

I- Personnel médical : Nombre

✓ Directeur médical : Non prénom Diplôme :

Formation en dialyse : Oui Non Lieu.....Durée :....

Horaires de travail :

Régularité du dossier administratif : Oui Non

✓ Médecins dialyseurs : nombre (norme 1/25malades)

Nom et Prénom -Diplôme - contrat (pour chaque médecin retrouvé)

Stage : Oui Non Lieu :..... Durée :.....

Régularité du dossier administratif : Oui Non

II- Paramédical : Nombre (norme 1/3generateurs)

Nom et Prénom -Diplôme - contrat (pour chaque paramédical retrouvé)

Stage : Oui Non Lieu :..... Durée :.....

Régularité du dossier administratif : Oui Non

III- Personnel technique et de service :

✓ -technicien de maintenance : Oui Non Nombre

✓ -Agent d'hygiène (norme ¼ génératrices) Oui Non Nombre

✓ -Agent de sécurité : Oui Non Nombre

✓ Autres :

Régularité du dossier administratif : Oui Non

Situation administrative des personnels :

Agents qui relèvent du service public : (noter Nom prénom, lieu d'exercice en santé publique, grade) :

-
-
-

Remarques et commentaires sur le personnel :

I - Aspect général :

Bon Moyen Mauvais

II - Hygiène extérieure : Bonne Moyenne Mauvaise

III - Hygiène intérieure : Bonne Moyenne Mauvaise

IV - Moyens mis en œuvre :

- ✓ Agents d'entretien : Nombre
- ✓ Technique des deux seaux : Oui Non
- ✓ Chariot d'entretien : Oui Non
- ✓ Détergents utilisés :
- ✓ Gants : Oui Non
- ✓ Tenue vestimentaire des agents d'entretien :

Blouse :

Pantalon :

Chaussures adaptées :

Gants de ménage :

Coiffe : (calot, charlotte)

Le nettoiemnt se fait :

Avant l'ouverture :

Pendant les séances :

Entre les séances :

Après la fermeture :

A la demande :

Périodicité :.....

V- Points d'eau : Nombre

(01 point d'eau = source d'eau +lavabo+savon liquide+ ou S.H.A +séchoir ou serviette jetable +poubelle)

Nombre de points de lavage non conformes :

Y a-t-il un protocole affiché : Oui Non

Salle des générateurs : Nombre

Paillasse de préparation : Nombre

Office : Nombre

Sanitaires : Nombre

Salle d'entretien : Nombre

Bureau du Médecin : Nombre

VI - Lit du malade :

Matelas : Type :.....

Housse lavable : Oui Non

Etat : Bon Moyen Mauvais

Oreiller : Bon Moyen Mauvais

Couvertures : Type

Etat : Bon Moyen Mauvais

Drapes : Type

Etat : Bon Moyen Mauvais

Lit : Métallique Bois

Etat : Bon Moyen Mauvais

Table de chevet ou guéridon : Métallique Bois

Etat : Bon Moyen Mauvais

Comment se fait le lavage et la désinfection de la literie.....

Y a-t-il du linge non tissé : Oui Non

Si Oui lequel :

Quelles sont les mesures prises concernant la literie :

✓ Entre les séances :

✓ Lors de souillures par le sang :

✓ La literie est changée tous les :

Le lavage, l'entretien de la literie se font : intramuros extramuros

Existe-t-il un stock : oui non

La fonction linge est : conforme Non conforme

VII - Elimination des déchets :

Y a-t-il un protocole affiché : Oui Non

✓ Au pied du lit : nature et couleur du collecteur :

DASRI :

OCPT :

Déchets ménagers :

✓ Dans la salle :

y a t -il un endroit d'entreposage : Oui Non

DASRI : Oui Non

OCPT : Oui Non

Déchets ménagers : Oui Non

Comment se fait le stockage intermédiaire :

✓ A l'extérieur : local d'entreposage : Oui Non

Durée moyenne d'entreposage :

Ou se fait l'incinération :(confirmer avec le cocontractant).

Périodicité d'évacuation et d'incinération :

Périodicité d'évacuation des ordures Ménagères :

Respect des normes : en matière de différenciation par les couleurs, du type de
contenant : Oui Non

Remarques sur l'hygiène :

VIII - Prise en charge du malade :

Des protocoles sont affichés :

Oui Non

Malade :

Le malade est-il préparé en matière d'hygiène:

Oui Non

- ✓ Tenue : Oui Non
- ✓ Vêtement à manches courtes : Oui Non
- ✓ Lavage des mains et du bras : Oui Non
- ✓ Désinfection des bras : Oui Non
- ✓ Le malade se nourrit-il pendant la séance : Oui Non

Existe t-il un ou plusieurs postes de lavage dans la salle des générateurs :

Oui Non Si Oui Nombre

Existe-t-il des lavabos ou éviers : Oui Non Nombre

L'Infirmier :

- ✓ Se lave les mains : Oui Non
- ✓ Se désinfecte les mains : Oui Non
- ✓ Fait un lavage hygiénique des mains par lavage ou friction (SHA) :

Oui Non

✓ Porte t-il des gants : Oui Non

✓ Tenue: Oui Non

✓ Blouse manches courtes: Oui Non

✓ Pantalon de travail : Oui Non

✓ Chaussures dédiées : Oui Non

✓ Calot-charlotte : Oui Non

✓ Surblouse ou tablier: Oui Non

✓ Lunettes : Oui Non

L’Infirmier se lave les mains:

- ✓ Avant de mettre les gants : Oui Non
- ✓ Après avoir enlevé les gants : Oui Non
- ✓ Avant et après avoir enlevé les gants : Oui Non
- ✓ En passant d’un patient à l’autre : Oui Non

L’infirmier change de gants : Oui Non

- ✓ D’un malade à un autre : Oui Non
- ✓ Après chaque branchement : Oui Non
- ✓ Il réutilise les mêmes gants : Oui Non
- ✓ Les gants sont : Propres Stériles

Il utilise :

- ✓ Du savon liquide :
- ✓ savon en morceau :
- ✓ Une SHA :
- ✓ Javel :
- ✓ Savon en poudre :

- ✓ Le médecin porte t-il des gants : Oui Non
- ✓ Se lave t-il avant et après les actes de soins et de consultation : Oui Non
- ✓ Des mesures spéciales adaptées aux malades infectés sont-elles prises :

Oui Non

Si Oui lesquelles :.....

.....

Mesures prises lors de la préparation d'un poste pour un malade avant une séance :

✓ **Sur le patient**

✓ **Sur le lit**

✓ **Sur le générateur**

✓ **Sur les DASRI et OCPT**

Ces mesures sont :

conformes

Non conformes

Durée de la préparation entre deux séances:

Les préparatifs se font sur :

- ✓ Chariot Oui Non
- ✓ Lieu dédié (paillasse salle de soins) : Oui Non

Cette période Transitoire est t- elle : Conforme non conforme

- ✓ L'hygiène est : Acceptable Mauvaise

Remarques sur l'hygiène lors de la prise en charge du malade et sur l'évacuation des déchets:

Nombre de malades infectés après le recrutement dans l'unité :

2007 2008 2009 2010

Fonctionnement

- ✓ Jours d'ouverture :
- ✓ Jours de repos :
- ✓ Horaires d'ouverture :

Equipe journalière : citer le personnel en fonction lors d'une journée de travail (personnel permanent et en équipe).

Existe-t-il une garde médicale : Oui Non

✓ Séances d'hémodialyses : Nombre par Jour :

Nombre par générateur :

Durée d'une séance : 3h 4h 2h30

Temps de préparation entre deux séances :

La programmation est-elle respectée : Oui Non

✓ Présence médicale :

Le médecin dialyseur est présent de l'ouverture à la fermeture :

Oui Non

Si non ; noter les horaires de présence :

✓ En cas de séance ratée ; la programmation est-elle refaite :

Oui Non

✓ Branchements :

Qui effectue les branchements :

Nom : Prénom : Diplôme :

✓ La pesée avant et après la séance se fait-elle : Oui Non

✓ La prise de tension se fait-elle : Oui Non

✓ Les examens biologiques requis sont-ils faits : Oui Non

Périodicité :

✓ Dossier : le suivi est-il régulier : Oui Non

Les constantes sont relevées à chaque séance : Oui Non

Remarques sur le fonctionnement:

PATIENTS

(Normes <60 malades)

- ✓ Le registre de mouvement des patients existe il : Oui Non
- ✓ Nombre de patients dialysés :
- ✓ Dossier médical : Oui Non
A jour : Oui Non
- ✓ Résume médical annuel : Oui Non
- ✓ Examens biologiques : Oui Non
- ✓ Pesée : Oui Non
- ✓ Tension Artérielle : Oui Non
- ✓ Fistules arterioveineuses :
- Réalisées en milieu (Nombre): Public Privé
- ✓ Patients infectés : Nombre Taux
VIH VHB VHC
TAUX

Autres infections (citer) :.....
.....

- ✓ Nombre de patients recevant: EPO FER EPO+FER
- ✓ Des enfants sont ils pris en charge :Oui Non
Si Oui combien :
- Y a-t-il un générateur adapté : Oui Non

QUESTIONNAIRE PATIENT (anonyme):

- Combien dure la séance :.....
- Avez-vous raté des séances, et en quelle occasion :.....
.....
- Une séance ratée est-elle reprogrammée :.....
- Ou avez-vous fait la FAV :.....
- Par qui êtes vous transporté, et dans quelles conditions :.....
.....
- Par qui avez-vous été orienté vers cette structure :.....
- Quel est le traitement reçu en dehors de la dialyse (FE.EPO) :.....
- Vaccination :ou et quant avez-vous été vacciné et à quel type de vaccin :.....
.....
- Les conditions de repos avant et après les séances Sont-elles satisfaisantes :.....
- Que pensez vous de votre prise en charge :.....
- Comment vous sentez vous :.....
- Payez vous des suppléments, si oui les quels et à quel titre :.....
- Etes vous consulté périodiquement, à quel rythme :.....
- Qui vous fait le branchement :.....
- Quels sont vos rapports avec le médecin :.....
- Le médecin est-il présent tous les jours à vos séances :.....
- Etes vous satisfait de vos soins :.....
- Avez-vous des pathologies associées : lesquelles :.....
.....
- ✓ Sont-elles prises en charge :.....

N.B : patients présents le jour de l'inspection, un questionnaire par patient à annexer.

RECRUTEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS :

Année	(1) Nouveaux cas	(2) Pris en charge dans l'année	Décès	Perdus de vue	Transférés vers d'autres structures	Evacués vers les structures publiques	Infectés Nombre de Cas			Total pris en charge de l'Année (1+2)
							VIH	VHB	VHC	
2007										
2008										
2009										
2010										

✓ Infectés pris en charge à la date de l'inspection :

✓ Etat vaccinal des patients : à jour Non

✓ Taux par type de couverture vaccinale et nombre : TX Nb

✓ Etat des patients traités pour affection nosocomiale :

Nom, Prénom, Age, Affection :

Remarques sur la prise en charge du malade:

RECAPITULATION DES DEFAILLANCES RELEVEES :

L'Activité du centre d'hémodialyse (Nom de l'Unité).....est :

CONFORME AUX NORMES :

NON CONFORME AUX NORMES :

RECOMMANDATIONS

1- **à court terme :**

2- **à moyen terme :**

3- **à long terme :**

Praticien inspecteur :

Praticien inspecteur :